

MULTIPLE DEPENDENT CLAIM  
FEE CALCULATION SHEET  
(FOR USE WITH FORM PTO-875)

SERIAL NO. \_\_\_\_\_

FILING DATE \_\_\_\_\_

APPLICANT(S) \_\_\_\_\_

CLAIMS

	AS FILED		AFTER 1st AMENDMENT		AFTER 2nd AMENDMENT	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.
1	/		/			
2	/		/			
3	/		/			
4	/		/			
5	/		/			
6	/		/			
7	/		/			
8	/		/			
9	(B)		/			
10	(D)		/			
11	(D)		/			
12	/		/			
13	(B)		(B)			
14	(B)		(B)			
15	(B)		(B)			
16	(D)		(D)			
17	/		/			
18	(D)		(B)			
19	(D)		(B)			
20	(D)		(B)			
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
TOTAL IND.			3			
TOTAL DEP.			17			
TOTAL CLAIMS			20			

	*		*		*	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						
TOTAL IND.						
TOTAL DEP.						
TOTAL CLAIMS						